



Data

Formula di Adesione

Nome

Cognome

Indirizzo

Codice postale

Località

Paese

Cantone

Data di nascita

Telefono

Cellulare

Sesso

F

M

E-mail

Lingue parlate

Voglio diventare membro dell' Associazione Romanda del Sindrome di Sjögren (ARSYS)

contributo annuale : 30.- CHF

L'importo totale è da versare sul conto postale:

17-245810-7

IBAN CH64 0900 0000 1724 5810 7

e non dimenticate d`indicare i vostri nomi e cognomi e "contributo" nel campo comunicazioni del bolletino di versamento.

Vostra adesione sarà effettiva al momento dove avremo ricevuto questo formulario e vostro contributo. Riceverete allora una conferma nelle settimane seguente.

Come avete conosciuto l'associazione?

Avete regolarmente la possibilità di accedere ad internet?

si

no

I vostri dati sono confidenziali. Potete chiedere di modificarle in ogni tempo. Dei bolletini di versamento intestati al nome dell'ARSYS sono disponibili su domanda.

Le vostre informazioni ci sono preziose!

Il questionario seguente è facoltativo. Questi dati sono indispensabili a nostra causa e saranno usati a fine statistici e per meglio conoscere le vostre attese. Sono confidenziali.

Siete affetto/a di un sindrome di Sjögren? si no forse

Siete affetto/a di una sindrome secca? si no forse

Siete atteso/a di una o più altre malattie auto-immune?

Siete atteso/a di una o più altre malattie non auto-immune?

A quale data il vostro sindrome è stato diagnosticato?

Secondo voi, a quale data il vostro sindrome a iniziato?

Vi sentite limitato/a nelle vostre attività/lavoro a causa del vostro sindrome?

molto abbastanza un poco poco no

Conoscevatte già un'altra persona affetta dal sindrome di Sjögren prima di contattare l'associazione? si no

Che aspettate dell'associazione? Che vi piacerebbe trovarci in particolare?

Mandiamo **una lista dei nostri membri** cercando a entrare in contatto con altre persone concernate per il Sjögren ad ognuno aderente. Se desiderate anche voi entrare in contatto con altri membri dell'ARSYS e figurare su questa lista, volete segnare qui sotto le informazioni che ci autorizzate a dividere.

cognome nome cellulare Se siete affetto/a dal Sjögren
 indirizzo località telefono e-mail

Abbiamo anche creato una "**Rete del Sindrome Sjögren**" che è una **lista dei contatti aperta ai membri dell'ARSYS e delle persone non-membri interessati per lo Sjögren**. Su questa lista figurano delle notizie di base: il cognome, la località, affetto/a di un Sjögren o no, membro dell'ARSYS o no più al meno una delle 3 informazioni qui sotto (che dovrà allora essere compilato). **Questa lista è privata**: solo i membri dell'ARSYS e le persone non-membri iscritte lei stesse sulla lista ci avranno accesso.

Desidero figurare nella lista « Rete del Sindrome Sjögren »; posso domandare a modificare o togliere le mie informazioni in ogni tempo.

Scegliete al meno una di queste informazioni che figurerà telefono cellulare e-mail sulla lista in più delle informazioni di base:

Questo formulario è da inviarci in file giunto per e-mail a **info@sjogren.ch**

O per posta a : **Association Romande du Syndrome de Sjögren
1800 Vevey**

Per rinviarci questo formulario per e-mail, riempitelo, stampatelo in formato pdf poi mettetelo così creato in schedario giunto nel vostro e-mail. Se non riuscite a creare un schedario pdf, stampate il formulario su carta e mandatelo noi per posta.

Grazie di verificare che lo schedario che ci mandate è leggibile.